Nr 18. Kraków, 5. maja 1917. Rok LVI.

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO.

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i Księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 30 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 5 kor. 4½ marki.

Jeden numer osobno kosztuje 50 hal.

Rok LVI. Kraków, 5. maja 1917. Nr 18.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKOW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z II. Oddziału chirurgicznego c. i k. Szpitala garnizonowego w Krakowie.
Prymaryusz: Doc. Dr Z. Radliński.

Znieczulenie lędźwiowe.

Podał

Dr Jan Ożga,
dyrektor szpitala w Turce n. Stryjem, c. i k. starszy lekarz.

Znieczulenie lędźwiowe przez wstrzyknięcie do kanału rdzeniowego rozczynu kokainy wykonał pierwszy Corning, neurolog amerykański, w r. 1886. Wydoskonalenie techniki oraz szerokie zastosowanie tego sposobu znieczulania w chirurgii zawdzięczamy Bierowi, dla którego nakłucie lędźwiowe, wykonane po raz pierwszy w r. 1896 przez Quinckego, stało się punktem wyjścia dla tej metody bezbolesnego operowania. Jako środka znieczulającego używano najpierw ogólnie kokainy w rozczynie wodnym. Przez wstrzyknięcie tego rozczynu do kanału kręgowego zapomocą nakłucia lędźwiowego występuje znieczulenie w obrębie $^2/_3$ dolnych części ciała, dając możność operowania bez bólu w tym obszarze przy nienaruszonej świadomości operowanego. Znieczulenie to według zapatrywań różnych badaczy jest następstwem miejscowego zatrucia skutkiem wiązania się środka znieczulającego z protoplazmą komórek nerwowych, przez co następuje zahamowanie czynności dotyczących tkanek; pod wpływem jednak spraw życiowych, zależnych od dopływu krwi, związek ten ulega następnie rozluźnieniu i czynność tkanek wraca powoli do dawnego stanu. Wstrzyknięty do kanału rdzeniowego rozczyn środka znieczulającego miesza się z płynem rdzeniowym i przenika powoli od jednego odcinka do drugiego, stąd też znieczulenie występuje stopniowo: najpierw na kończynach dolnych i od stóp począwszy dochodzi do wysokości wyrostka mieczykowatego. Przedostawanie się środka trującego w górne odcinki rdzenia doznaje przeszkody, jak udowodnił Ach, przez więzadła zębowate, zgrubienie lędźwiowe i szyjne rdzenia i wejścia naczyń kręgowych, przez co pewna część środka trującego zostaje związana chemicznie i fizycznie i skutkiem tego albo środek wcale nie działa na rdzeń przedłużony albo w bardzo słabym stopniu. Dlatego to, aby osiągnąć znieczulenie w obrębie górnej połowy ciała, zastosował Kader wysokie podniesienie miednicy po wstrzyknięciu lędźwiowem, aby ułatwić mechanicznie przenoszenie się środka znieczulającego w kanale rdzeniowym do wyższych jego odcinków.

Ale ta metoda znieczulania, która, zdawało się, że wyruguje uśpienie chloroformowe, nie okazała się wolną od niebezpieczeństw. Znieczulenie lędźwiowe pociąga za sobą często rozmaite lżejsze lub cięższe powikłania, a nawet zejścia śmiertelne (na 3000 znieczuleń kokainą — 11 przypadków śmiertelnych: Jones). Przyczyną tych powikłań jest w pierwszym rzędzie trujące działanie kokainy, następnie samo zetknięcie się środka znieczulającego z ośrodkami nerwowymi rdzenia i powstała z tego powodu zmiana przewodzenia, dalej zmiana ciśnienia śródrdzeniowego i wstrząs, a wreszcie zmiany w przestrzeni, zamkniętej oponą pajęczynowatą, wywołane wprowadzeniem obcego ciała. Celem usunięcia tego i złagodzenia objawów ubocznych i następowych zaczęto kokainę zastępować pokrewnymi jej przetworami; wprowadzanie wody usuwało zalecone przez Kozłowskiego rozpuszczanie kokainy w upuszczonym płynie rdzeniowym i wstrzyknięcie z powrotem tegoż płynu do kanału rdzeniowego; zmiany ciśnienia ma regulować wypuszczenie pewnej ilości płynu rdzeniowego; w końcu ważny wpływ ma także technika nakłucia.

Zamiast kokainy zaczęto stosować: stowainę, eukainę β, alypinę, nowokainę z dodatkiem wyciągu nadnercza i bez tegoż, tropakokainę. Z licznych publikacyi okazuje się, że najmniej trująca, najmniej wywołująca poważniejszych następstw, jest tropakokaina. Na II oddziale Szpitala garnizonowego używaliśmy tylko tropakokainy do znieczulenia lędźwiowego, które wprowadził tu w zastosowanie gorący zwolennik tej metody, docent Radliński.

Postępowanie nasze było takie, jak w krakowskiej klinice chirurgicznej, to jest:

I. Rozczyn tropakokainy przygotowywano za każdym razem świeży w dniu operacyi, na krótki czas przed ich rozpoczęciem. Przygotowywano rozczyn w ten sposób, że do naczyńka szklanego, opatrzonego podziałką, nalewano 30 cm sz. wody przekroplonej, wyjałowionej i wsypywano 0·50 proszku tropakokainy. Po przykryciu naczyńka niezupełnie szczelnie stawiano je na płytce asbestowej, pod którą palił się palnik gazowy. Skoro rozczyn zaczął wrzeć, regulowano siłę płomienia, aby gotowanie odbywało się powoli aż do wyparowania 5 cm sz. rozczynu. Gdy w naczyńku pozostało 25 cm sz. rozczynu, co wskazuje podziałka, odstawia się je, przykrywa szczelnie, a po ochłodzeniu rozczyn jest gotowy do użycia.

II. Wstrzykiwanie robimy wygotowaną strzykawką Record o pojemności 10 cm sz., naciągając najpierw cokolwiek rozczynu tropakokainy, który następnie po założeniu wygotowanej igły wystrzykujemy dla przepłukania igły, poczem nabieramy przez igłę z naczyńka taką ilość rozczynu, jaką zamierzamy wprowadzić do kanału rdzeniowego.

III. Okolicę lędźwiową oczyszcza się przed nakłuciem przez trzykrotnie powtarzane wycieranie skóry gazą wyjałowioną, napojoną eterem.

IV. Nakłucie lędźwiowe wykonujemy na chorym siedzącym, a wyjątkowo leżącym. Chory siada poprzecznie na stole operacyjnym ze zwieszonymi poza brzegiem stołu nogami, nachyla głowę i górny odcinek kręgosłupa ku przodowi w dół, a równocześnie wygina łukowato dolną połowę kręgosłupa ku tyłowi.

V. Między II a III kręgiem lędźwiowym przesuwamy

skórę wielkim palcem lewej ręki nieco na lewą stronę, przez co ulega ona napięciu i pewnemu zniedokrwieniu, i wkłuwamy igłę w przestwór międzykręgowy w linii środkowej pod dolnym brzegiem górnego wyczuwalnego wyrostka kolczystego, kierując koniec igły lekko skośnie ku górze i przodowi. Technicznie dobrze zrobione przekłucie objawia się wypływem czystego płynu rdzeniowego cienkim, silnym strumieniem. Czasami jednak nie odrazu wydobywa się płyn, lub słabo, kroplami; wówczas przetkanie igły drucikiem sprowadza pożądany wypływ strumieniem, niekiedy znowu następuje to pod wpływem kaszlu chorego. W jednym i drugim przypadku nakłucie jest dobrze wykonane, jakość zaś wypływu płynu rdzeniowego zależy od ciśnienia w kanale kręgowym.

VI. Przed wstrzyknięciem rozczynu tropakokainy do kanału kręgowego upuszczamy $^2/_3$ tej ilości płynu rdzeniowego, w jakiej wstrzykujemy rozczyn, a wprowadzamy płyn powoli, aby uniknąć nagłych zmian w ciśnieniu śródrdzeniowem i wywołać stopniowe powolne przenoszenie się płynu od odcinka do odcinka.

Po ukończeniu nakłucia lędźwiowego kładzie się chory na stole operacyjnym i pozostaje w położeniu poziomem około 3 minut, poczem ustawia się stół nieco skośnie, aby dolna połowa ciała leżała na lekkiej równi pochyłej. Zanim się przygotuje pole operacyjne, co trwa około 6 minut, znieczulenie jest już wystarczające. Występuje ono niekiedy bardzo szybko, w 2—3 minut, czasem w 5—10 minut po wstrzyknięciu i dotyczy najpierw stóp, rozszerzając się stopniowo ku górze.

Dla zabiegów operacyjnych w obrębie klatki piersiowej i szyi używaliśmy także znieczulenia lędźwiowego, wstrzykując rozczyn tropakokainy między ostatnim kręgiem piersiowym a pierwszym lędźwiowym i stosując wysokie ułożenie miednicy, bez poważniejszych objawów ubocznych lub następowych.

Co się tyczy wielkości dawki tropakokainy, to dla operacyi w obrębie od pępka do stóp dochodziliśmy przeważnie do 0·08, a przy operacyach ponad pępkiem do 0·10 proszku tropakokainy. W przewidywaniu jednak dłużej trwającej operacyi na dolnej połowie ciała (n. p. obustronna operacya przepukliny z wycięciem wyrostka robaczkowego, tętniak i t. p.) przekraczaliśmy dawkę 0·08. Nadto wielkość dawki uzależnialiśmy od długości kręgosłupa (a więc wysokości wzrostu operowanego) i ogólnego stanu sił chorego. Stosowane przez nas dawki tropakokainy, jak wykazuje niżej podane zestawienie, wynosiły od 0·06 do 0·10.

Czas trwania znieczulenia wynosił od 40 do 105 minut.

W okresie 8 miesięcy wykonaliśmy 248 nakłuć lędźwiowych u chorych w wieku od 18-56 lat; wśród tych 7 kobiet, 241 mężczyzn Na 248 nakłuć mieliśmy zupełnie nieudałych 6, a w jednym przypadku niezupełne znieczulenie, sięgające do pępka, a dotyczące tylko skóry, a więc razem 2·8% zawiodło. Z 6 nieudałych: jeden przypadek dotyczył chorego z bocznem skrzywieniem kręgosłupa; w trzech przypadkach chorzy zapowiedzieli naprzód, że będą odczuwali bóle, gdyż są nerwowi. Mimo technicznie dobrze wykonanego nakłucia od początku operacyi przeszliśmy tu do uśpienia eterem. U piątego chorego, operowanego z powodu przepukliny, ponieważ przy pierwszem nakłuciu nie wydzielała się żadna ciecz, zrobiono nakłucie w innem miejscu i czysty płyn wypłynął strumieniem, ale trafiono końcem igły w sam rdzeń, gdyż chory odczuł silny ból. Z rozpoczęciem operacyi chory był tak niespokojny, że musiano go uśpić eterem. W ostatnim przypadku po nakłuciu wypływała obficie czysta krew (trafiono w splot naczyniowy), wobec tego powtórzyłem nakłucie w innem miejscu, ale w chwili wbijania igły w głąb chory zmienił nagle pozycyę, tak że koniec igły ułamał się. W celu wyszukania odłamka igły i przeprowadzenia operacyi wbiłem igłę znowu w inne miejsce, płyn rdzeniowy czysty odpłynął strumieniem, wstrzyknąłem 0·09 tropakokainy, ale nie nastąpiło żadne znieczulenie. Jeżeli więc odliczymy dwa przypadki nieudałe z powodu złej techniki, to na nakłucia lędźwiowe, dobrze pod względem technicznym wykonane, przypada 2% nieudałych.

W pozostałych 241 przypadkach musieliśmy 7 razy pod koniec operacyi zastosować uśpienie eterem z powodu niedostatecznego już znieczulenia, a dotyczyło to takich przypadków, w których techniczne trudności wymagały ostrożnego i powolnego operowania, przez co czas operacyi przedłużył się.

(Dokończenie nastąpi).

Z oddziału chorób wewnętrznych (I B.) Szpitala św. Łazarza w Krakowie.

W sprawie rokowania w durze brzusznym

napisał

prym. Dr Antoni Krokiewicz.

(Dokończenie).

4) M. J., l. 18 licząca, służąca z Krakowa; ma od 5 dni doznawać dreszczów i wymiotów codziennie pod wieczór, tudzież bólu kłującego w boku lewym. Badanie w szpitalu w dniu 23. XI. 1916 wykazało: Chora dobrze zbudowana i odżywiona. Skóra sucha, różowawa. Ciepłota ciała pod wieczór 39·7° C. Gruczoły chłonne prawidłowe. Granice płuc prawidłowe, ruchome. Odgłos opukowy z przodu na całej klatce piersiowej jawny; szmery oddechowe zaostrzone i skąpymi świstami pokryte. Z tyłu na klatce piersiowej po stronie prawej odgłos jawny; po stronie lewej od szczytu aż do dolnego kąta łopatki odgłos jawny, a poniżej aż do 10. żebra przytłumionobębenkowy. Szmery oddechowe wszędzie zaostrzone, a w miejscu przytłumienia pokryte licznymi świstami i skąpemi rzężeniami. Liczba oddechów 24. Wymiary serca na poprzek nieco powiększone; tony serca głuche; tętno 100, równe, regularne, dobrze napięte. Język obłożony, podsychający. Brzuch miernie wzdęty. Na skórze brzucha brak wyraźnej osutki. Okolica kątnicy bolesna; tamże kruczenie; rozwolnienie. Wątroba powiększona; śledziona nie macalna, okolica jej przy dotykaniu tkliwa. Mocz mętnawy, wysycony, oddziałuje kwaśno, zawiera wybitny ślad białka; w osadzie moczowym skąpe krwinki białe. Chora odurzona, uskarża się na ból głowy. Oddziaływanie źrenic prawidłowe; sztywności karku niema; podrywanie się ścięgien (subsultus tendinum) w zakresie mięśni twarzy i kończyn górnych.

Chora pozostawała w szpitalu przez 7 dni. Przez cały czas gorączkowała od 39°—40·8° C.; dopiero w dniu zejścia śmiertelnego ciepłota ciała obniżyła się do 38·3° C. Tętno przez cały czas utrzymywało się między 100—112 na minutę, było słabo napięte i dopiero na dzień przed śmiercią było niepoliczalne. Codziennie kilka stolców o wejrzeniu grochowianki. Czwartego dnia pobytu w szpitalu chora straciła przytomność i wówczas zauważono obfitą osutkę plamistą na skórze brzucha. Odtąd stwierdzono stale utrzymującą się sztywność karku, rozszerzone źrenice, drżenie ócz kołujące (nystagmus rotatorius), drżenie języka i wyraźny objaw Kerniga. Badanie cieczy, otrzymanej przez nakłucie lędźwiowe w ilości 25 cm^3, dało wynik ujemny ze względu na obecność drobnoustrojów. Ciecz mętnawa zawierała bardzo skąpe leukocyty i wykazywała wybitny odczyn Riwalty. W płucach stan niezmieniony. Odczyn dwuazowy Ehrlicha ujemny, mocz zawierał spory ślad białka. Wobec ujemnego, dwukrotnie wykonanego odczynu Fickera (25. XI., 28. XI.), a przeważających objawów mózgowych zawahało się zrazu rozpoznanie kliniczne duru brzusznego. Brak dodatniego odczynu dwuazowego Ehrlicha przemawiał za rozpoznaniem nagminnego zapalenia opon mózgowych; przeciw niemu zaś wynik badania cytologicznego i bakteryologicznego płynu, uzyskanego przez nakłucie lędźwiowe. Wobec tego, uwzględniając całokształt objawów klinicznych, nasze rozpoznanie przechylało się w danym przypadku do duru brzusznego, jako głównej sprawy chorobowej, z silnymi przypadami ze strony opon mózgowordzeniowych i opiewało: Meningismus. Typhus abdominalis.

Oględziny pośmiertne, dokonane w Zakładzie anatomii patologicznej Uniw. Jagiell., wykazały: Ileotyphus (stadium necroticum). Tumor lienis acutus. Degeneratio parenchymatosa myocardii, hepatis, renum. Bronchopneumonia catarrhalis lobi inferioris pulmonis utriusque.

Otrzewna bez zmian. W dolnej części jelita biodrowego w obrębie kęp Peyera duże nacieki rdzeniaste, na szczycie gdzieniegdzie pokryte strupem żółtoszarym, suchawym. Sąsiednie gruczoły krezkowe rdzeniasto obrzękłe.

5) W. P., l. 37, czeladnik szczotkarski z Przegorzał ad Kraków, ma być chory od tygodnia; uskarża się na bóle głowy, brak apetytu i ogólne osłabienie. Badanie w szpitalu w dniu 27. XII. 1916 wykazuje: Budowa ciała i odżywienie mierne. Skóra bladoróżowa; ciepłota ciała 40° C. Gruczoły chłonne nie powiększone. Klatka piersiowa prawidłowo wysklepiona. Granice płuc prawidłowe; odgłos opukowy na klatce piersiowej wszędzie jawny; szmery oddechowe zaostrzone, w tylnych i dolnych częściach płuc, zwłaszcza po stronie prawej, dość licznemi rzężeniami pokryte. Liczba oddechów 28 na minutę. Serce prawidłowych wymiarów, tony sercowe głuche; tętno 128, regularne, dość miękkie. Język wilgotny, obłożony; błona śluzowa gardła zaczerwieniona. Brzuch miernie wzdęty. Na skórze brzucha obfita osutka plamista i guzkowa. Okolica kątnicy przy ucisku tkliwa; tamże kruczenie; rozwolnienie. Wątroba powiększona; śledziona duża, miękka. Mocz winnożółty, słabo kwaśny, zawiera spory ślad białka. Odczyn dwuazowy Ehrlicha ujemny. Chory odurzony; uskarża się na bóle głowy.

Chory pozostawał w szpitalu przez 9 dni i przez cały czas gorączkował torem nieregularnym. Wieczorem ciepłota ciała dochodziła do 39·6° C., a rano opadała do 37·8° C., a nawet 37·2° C. Świadomość ciągle w miernym stopniu zajęta; codziennie pod wieczór obfite poty. Tętno wahało się od 112—120 na minutę; było miękkie. Liczba oddechów na minutę wynosiła około 48. Z tyłu na klatce piersiowej po obu stronach, zwłaszcza po stronie prawej, od połowy kąta łopatki do podstawy, utrzymywał się odgłos opukowy przytłumionobębenkowy; tamże szmery oddechowe nieoznaczone, pokryte licznemi rzężeniami. W pierwszych czterech dniach spostrzegania szpitalnego 2—3 stolce na dobę, płynne, o wejrzeniu grochowianki; później zaparcie stolca. Na 48 godzin przed zejściem śmiertelnem brzuch bardziej wzdęty, nie bolesny; przez powłoki brzuszne uwidoczniają się zarysy pętli jelitowych w górnej części jamy brzusznej. Nad jamą brzuszną odgłos opukowy przytłumionobębenkowy; brak stłumienia wątroby; czkawka; tętno niepoliczalne; liczba oddechów 60 na minutę. Odczyn Fickera, wykonany ostatecznie na 3 dni przed zejściem śmiertelnem, zupełnie ujemny, nawet nie zaznaczony. Dnia 5. I. wśród przytomności chory zmarł. Rozpoznanie kliniczne opiewało: Typhus abdominalis. Peritonitis perforativa. Pneumonia hypostatica bilat. praecipue dextra. Oedema inflammatorium renum.

Protokół oględzin pośmiertnych, dokonanych w Zakładzie anatomii patologicznej Uniw. Jagiell., opiewa pokrótce:

Typhus abdominalis. Peritonitis perforativa. Pneumonia hypostatica bilateralis praecipue dextra.

Jama brzuszna: W miednicy małej leżące pętle jelita cienkiego (dolne pętle jelita biodrowego) pozlepiane obfitym włóknikiem między sobą i ze ścianami miednicy. Pomiędzy pozlepianemi pętlami dość obfita ciecz posokowatoropna. W dolnych pętlach jelita biodrowego w miejscu kęp Peyera wrzody o dnie gładkiem, sięgającem do warstwy mięsnej i brzegach cienkich, nieco podciętych. W jednym wrzodzie brak na dnie także tkanki mięsnej, a w samym środku na przestrzeni grochu utrzymała się tylko warstwa surowicza, — i ta jednak jest zabarwiona żółtawoszaro, obumierająca i łatwo się rozrywa. W jelicie grubem treść żółta papkowata; błona śluzowa bez zmian.

6) J. N., żona wyrobnika z Krakowa, licząca l. 40, ma być chorą od trzech tygodni. Badanie w dniu 14. X. 1916 wykazało: Budowa ciała wątła, odżywienie nędzne. Skóra blada, na powłokach brzusznych łuszcząca się. Gruczoły chłonne prawidłowe. Klatka piersiowa płaska. Z przodu po stronie prawej dolna granica płuca sięga w linii sutkowej do 6. żebra, a po lewej do 4. żebra; ruchoma. Odgłos opukowy w szczycie prawym przytłumiony, zresztą wszędzie z przodu na klatce piersiowej przytłumionobębenkowy; szmery oddechowe zaostrzone i pokryte w dolnej części po stronie prawej dość licznemi rzężeniami. Z tyłu po obu stronach dolna granica płuc w linii przykręgowej sięga do dolnego brzegu 10. żebra. Odgłos opukowy po stronie prawej od szczytu do $^1/_2$ łopatki stłumionobębenkowy; zresztą jawny. W miejscu przytłumienia szmery oddechowe nieoznaczone, pokryte licznemi drobnemi rzężeniami; zresztą szmery oddechowe zaostrzone, pokryte świstami i furczeniami. Liczba oddechów 36 na minutę. Wymiary serca prawidłowe; uderzenie koniuszkowe niewidzialne i niewyczuwalne; tony serca głuche; tętno dość dobrze napięte, regularne, 96 na minutę. Język wilgotny, lekko obłożony. Brzuch prawidłowo wysklepiony. Nad jelitem ślepem kruczenie; zaparcie stolca. Wątroba nieznacznie powiększona, przy ucisku bolesna. Śledziona (opukiwanie) powiększona. Mocz winnożółty, oddziałuje kwaśno; zawiera spory ślad białka. Z przewodu usznego lewego wypływa ciecz ropna; w prawym woskowina; mierna sztywność karku, upośledzenie słuchu, odurzenie, bardzo znaczne ogólne osłabienie i dusznica dopełniają obrazu choroby.

Chora pozostawała w szpitalu od 14. X. do 22. X. 1916 i zmarła. Przez cały ten czas była odurzona, gorączkowała od 38° C. do 40·6° C. torem zwalniającym (remittens) i dopiero w przededniu zejścia śmiertelnego ciepłota ciała spadła nagle poniżej 36° C. Tętno przez cały czas spostrzegania szpitalnego wahało się od 108—120 uderzeń na minutę i było bardzo słabo napięte pomimo wstrzykiwań podskórnych olejku kamforowego i podawania wewnętrznego środków sercowych. Liczba oddechów wahała się od 30—40 na minutę. Stan w płucach: Z przodu po stronie prawej do 3. żebra przytłumienie, tamże szmery od-oddechowe nieoznaczone i pokryte licznemi rzężeniami; z tyłu przytłumienie; zresztą po całej stronie lewej odgłos opukowy jawnobębenkowy, a szmery oddechowe pokryte licznymi gwizdami i rozsianemi rzężeniami. Brzuch miernie wzdęty; na powłokach brzusznych na dwa dni przed śmiercią widoczne opryszczki (grupa pęcherzyków, wypełnionych cieczą mętną). Język podsychający; zaparcie stolca. Chora ciągle majaczyła, okazywała drżenie rąk, sztywność karku, znaczne upośledzenie słuchu i ropotok obustronny. Wobec ujemnego wyniku odczynu Fickera, rozległych zmian w płucach, opryszczek na powłokach brzusznych, zaparcia stolca, rozpoznanie przemawiało za: Sepsis (influenza). Pneumonia bilateralis. Otitis media ss. otorrhoe. Herpes abdominis.

Oględziny pośmiertne, dokonane w Zakładzie anatomii patologicznej Uniw. Jagiell., stwierdziły dur brzuszny. Protokół pokrótce opiewa: Ileotyphus in stadio depurationis ulcerum. Tumor lienis subacutus. Degeneratio adiposa lev. gradus renum. Pneumonia crouposa lobi superioris pulmonis dextri in stadio hepatisationis griseae. Bronchitis diffusa. Tuberculosis caseosa nodosa apicis pulmonis sin. Otitis media purulenta bilateralis.

W jelicie cienkiem treść papkowata, brudno żółta. W dolnej części jelita biodrowego w obrębie kęp Peyera wrzody nieregularne, okrągławe, o dnie gładkiem, sięgającem do warsty mięsnej, gdzieniegdzie zabliźniającem się, o brzegach cienkich, do dna przylegających. Sąsiednie gruczoły krezkowe nieznacznie powiększone, ciemnowiśniowe, soczyste. Otrzewna bez zmian.

Rozpatrując się w przytoczonych przypadkach chorobowych uderza, iż dotyczyły one osób młodych, lub w sile wieku będących, gdyż u 4 chorych (1 m. 3 k.) wiek dosięgał od 18—22 lat, a u 2 chorych (1 m. 1 k.) 37 i 40 lat. W 4 przypadkach, t. j. u chłopca 19-letniego i u dziewcząt od 18—22 lat liczących, przebieg choroby był nadzwyczaj gwałtowny, a zejście śmiertelne nastąpiło między 10. a 16. dniem choroby w okresie nacieku (st. infiltrationis) i obumarcia (st. necroticum) grudek limfatycznych i kęp Peyera w jelicie. Jako powikłania w tych przypadkach stwierdzić było można na stole sekcyjnym 3 razy początkujące zapalenie płuc ogniskowe i 2 razy prócz tego obrzęk zapalny nerek, towarzyszący zazwyczaj każdej ostrej chorobie zakaźnej. Objawy mózgowe były średniego nasilenia, ograniczały się do bólu głowy i do odurzenia; w jednym tylko przypadku u dziewczyny 18-letniej stwierdzono bardzo silne bóle głowy, zupełną nieprzytomność, sztywność karku, rozszerzenie źrenic, drżenie oczu (nystagmus rotatorius), wybitny objaw Kerniga, a przez nakłucie lędźwiowe uzyskano 25 cm³ płynu mętnego, zapalnego (Rivalta + +), nie zawierającego bakteryi. Pomimo braku odczynu Fickera (w innych współczesnych przypadkach duru brzusznego tą samą zawiesiną otrzymano wynik dodatni) przebieg kliniczny skłonił nas do rozpoznania za życia duru brzusznego, co też oględziny pośmiertne potwierdziły. W piątym przypadku u mężczyzny 37-letniego przebieg duru brzusznego był przyostry, o przypadach mózgowych w miernem nasileniu; natomiast zauważyć można było zaraz przy pierw-

szem badaniu powikłanie z obustronnem zapaleniem płuc i białkomocz. W czasie dalszego spostrzegania szpitalnego wystąpiły objawy zapalenia otrzewnej w następstwie przedziurawienia jelita. I w tym przypadku pomimo ujemnego wyniku badania serologicznego rozpoznano za życia całkiem stanowczo dur brzuszny, a oględziny anatomiczne wykazały zmiany chorobowe w okresie oczyszczania się wrzodów.

Inaczej w szóstym przypadku u kobiety 40-letniej. U chorej tej można było stwierdzić od samego początku spostrzegania klinicznego rozległe zapalenie płuc, upośledzenie słuchu z powodu ropotoku usznego, silne odurzenie, zaparcie stolca, opryszczki na powłokach brzusznych. To też wobec ujemnego wyniku badania serologicznego (odczyn Fickera ujemny) rozpoznawaliśmy zakażenie grypowe posokowate jako główne tło choroby. Oględziny pośmiertne wykazały natomiast, iż powyższe zmiany w narządach wystąpiły jako powikłanie w następstwie duru brzusznego; w jelicie znajdowały się liczne owrzodzenia durowe oczyszczające się.

We wszystkich zatem przytoczonych przypadkach chorobowych, z których cztery okazywały przebieg ostry, gwałtowny, a dwa przyostry, odczyn Fickera, wykonany na krótko przed zejściem śmiertelnem, wypadł zupełnie ujemnie.

Jak wiadomo, odczyn Fickera (zmodyfikowany odczyn Gruber-Widala) polega na aglutynacyi i wtedy nie powstaje, jeśli brak aglutynin durowych w surowicy krwi. Widal spostrzegał, iż surowica chorych na dur brzuszny już po ośmiu dniach wykazuje swoisty odczyn. Aglutyniny durowe jednak w pierwszym okresie choroby nie zawsze się znajdują; dopiero w drugim i trzecim okresie chorobowym można je prawie zawsze stwierdzić, a tylko wyjątkowo brak ich we krwi. Ilość też aglutynin nie odpowiada ciężkości nasilenia chorobowego. Według spostrzeżeń Briona i Kaysera odczyn Gruber-Widala wypada dodatnio w 50% w I. okresie choroby, w 84% w II tygodniu, w 98% w trzecim tygodniu choroby. Eichorst zauważył go w 27·6% w I tygodniu, 97% w II. tygodniu, a 100% w III. tygodniu choroby. Według naszych spostrzeżeń szpitalnych występuje on w II. i III. okresie duru brzusznego w 98—99%. Do wyjątków należy zaliczyć odosobnione przypadki, ogłoszone przez Rumpfa, Schlesingera, Libmanna, w których odczyn Gruber-Widala wystąpił dopiero w 59., 60. i 67. dniu choroby. To też słusznie należy uważać aglutynacyę za objaw stały chorobowy w durze brzusznym, w warunkach zwykłych pojawiający się począwszy od 10. dnia choroby — i dziś trudno rozpoznawać dur brzuszny bez dodatniego wyniku odczynu Gruber-Widala, a względnie Fickera.

Bardzo rzadko, gdyż według naszego zestawienia w 1·05%, nie można wykazać odczynu Fickera w przebiegu duru brzusznego. Wydarza się to zazwyczaj naówczas, gdy ustrój z powodu ciężkiego zakażenia znajduje się niejako w stanie ubezwladnienia i nie zdoła wytworzyć odpowiednich aglutynin. Na podstawie też naszego doświadczenia należy z naciskiem zaznaczyć, iż w przypadkach niewątpliwego duru brzusznego za życia stały brak we krwi tych aglutynin zapowiada ciężki przebieg, częstokroć kończący się niepomyślnie — czyli, że stały brak odczynu Gruber-Widala, a względnie Fickera w przypadkach duru brzusznego stanowi bardzo poważny zwiastun, wskazujący częstokroć na złe rokowanie.

Zejście śmiertelne w przebiegu duru brzusznego następuje przeważnie powoli, w miarę wytwarzających się zmian w mięśniu sercowym pod wpływem działania jadu durowego. Rzadko wśród gwałtownego przebiegu duru brzusznego następuje nagła śmierć z objawami ostrego zapadu i to wskutek porażenia nerwu trzewnego w szczególności, a wogóle nerwów naczynioruchowych. Wydarza się to, skoro ilość jadu durowego w ustroju jest bardzo znaczna, lub gdy ośrodek naczynioruchowy okazuje małą odporność przeciw prątkom Eberth-Gaffkyego. Wogóle z jednej strony różne zachowanie się indywidualne ośrodka naczynioruchowego, a z drugiej strony silny i szybki rozwój prątków durowych i ich trucizn we krwi u danego chorego odgrywa tu ważną rolę. A wskaźnikiem niekorzystnym naówczas jest stały brak odczynu Fickera.

Oceny i sprawozdania.

Inż. chem. W. Kraszewski: **Podręcznik do badań produktów spożywczych, przedmiotów użytku domowego i wykrywania ważniejszych alkaloidów.** Warszawa 1917. Wydane z zapomogi kasy im. Mianowskiego. Stron 158 i tablic XXVII.

Brak w języku polskim »obszerniejszego« podręcznika do badań produktów spożywczych, »dający się odczuwać zwłaszcza tym, którzy nie władają językami obcymi« — zniewolił autora do opracowania niniejszej książki, przeznaczonej, jak pisze w przedmowie, dla chemików już wyszkolonych.

Dwie trzecie swego podręcznika poświęcił autor omówieniu metod badania i ocenie produktów spożywczych, resztę metodom badania i ocenie powietrza, przedmiotów użytku domowego, kauczukowym, barwikom, mydłu, środkom kosmetycznym, tkaninom oraz badaniu trucizn. Z tego już widać, jak zwięzłe i krótkie musi być omówienie metod badania i zasad przy wydawaniu ocen —, o ile podręcznik nazwać można obszernym. Mimo to podał w nim autor cały szereg zasadniczych metod badania tak wyczerpująco i jasno, że każdy wykształcony w pracowni analitycznej łatwo je wykona. Ale obok tych metod znaleść można w podręczniku i inne, których opis nie jest dostateczny już przez brak opisu potrzebnych przyrządów specyalnych. Jako zasadniczy brak podręcznika podnieść należy pominięcie badania i oceny za pomocą mikroskopu, które przecież dla całego szeregu produktów spożywczych ma znaczenie rozstrzygające, dla innych wyłączne. Z metod opisanych w podręczniku wymagają niektóre sprostowania. I tak przy metodzie badania refraktometrycznego »surowicy« mleka (dlaczego nie »serwatki«, skoro z nazwą surowicy łączymy inne pojęcie, a nazwa serwatki jest utarta i bez zastrzeżeń da się zastosować w nauce?), uzyskanej metodą Ackermanna, podano liczby współczynnika załamania światła nie dla refraktometru nurkowego Zeissa, przyjęte powszechnie w metodyce badania mleka, lecz inne, ani w literaturze naukowej, ani w praktyce kontroli mleka nie stosowane. — Przy próbie Vogla (nie Vogela) co do zanieczyszczenia mąki nasieniem traw i chwastów normalne mąki pszenne i żytnie dają tylko wtedy płyn bezbarwny, o ile przedstawiają typy najprzedniejsze, ogółem zaś mąki żytnie płyn o kolorze czerwonawym — wody z mięsa, zaś mąki pszenne płyn mniej lub więcej żółtawy. Obecność sporyszu, wykraczająca ponad dopuszczalne zanieczyszczenie naturalne, objawi się już czerwonawym kolorem (nie dopiero krwistym) alkoholu kwaśnego oraz ogniskami czerwonemi w mące, zaś wydatniejsze zanieczyszczenie wyką odcieniem fioletowawym płynu i takiemiż ogniskami w mące. — Przy metodach badania octu byłoby pożądane podanie metody dla stwierdzenia kwasu mrówkowego, używanego obecnie do fałszowania, a pod względem zdrowotnym — jako wybitnie szkodliwego — ważniejszego od innych kwasów zastępczych. — Tablica XXVI, na którą powołuje się autor przy omawianiu metod oznaczania wilgotności bezwzględnej, nie może służyć do tego celu — podaje ją w procentach, jako względną. — Przytaczając sposób oznaczania wartości odżywczej produktów spożywczych w celu porównania ich między sobą, podaje autor jako wartości cieplikowe dla białka, tłuszczu i wodanów węgla liczby, w piśmiennictwie naukowem niepraktykowane, zamiast ogólnie w nauce przyjętych liczb Rubnera 4·1, 9·3 i 4·1 — oddające już przeciętną »fizyologiczną« wartość cieplikową bez względu na jakość i pochodzenie rozmaitych rodzajów białka, tłuszczów i wodanów. Podając zaś przyswajalność tychże składników na 96·5%, 96% i 98%, przytoczył autor przyswajalność tylko białek, tłuszczu i wodanów zwierzęcych, różną od przyswajalności tych składników w pokarmach roślinnych, która według Königa wynosi 75%, 70% i 92%. Przy tej sposobności należało zaznaczyć, że w ocenie wartości odżywczej poszczególnych artykułów w stosunku do ceny porównywać wolno tylko produkta zwierzęce ze zwierzęcymi, a roślinne z roślinnymi.

Braki w części metodycznej podręcznika można wytłomaczyć tem, że autor przedmiot bardzo obszerny pragnął przedstawić zwięźle. Argumentu tego nie można jednak przyjąć jako usprawiedliwienia ustępów podręcznika, omawiających zasady oceny poszczególnych produktów spożywczych.

Jakkolwiek przekracza to ramy zwykłej oceny podręcznika, niechaj wolno mi będzie przy tej sposobności wyrazić szerzej me zapatrywanie na badanie i ocenę produktów spożywczych.

Nietylko wśród osób interesujących się nadzorem nad żywnością, ale i między zawodowymi chemikami spotkać się można ze zdaniem, że znajomość ogólnych metod analizy chemicznej, ewentualnie uzupełniona pewną ilością metod badania produktów spożywczych, upoważnia już do wydawania opinii decydujących dla zarządzeń władz, dla wyroków sądowych, do podejmowania procesów o odszkodowanie i t. d. W rzeczywistości trzeba tu obok znajomości metod analitycznych jeszcze wielu innych wiadomości, tem więcej, im odpowiedzialniejsze zadanie ma do spełnienia znawca. Każdy — nawet najlepiej w chemii analitycznej obeznany — kto bliżej zetknął się z praktycznem umiejętnem znawstwem w tej dziedzinie, przyzna to szybko. Ze stanowiska praktyki życiowej nie badanie, lecz orzeczenie rozstrzyga o wartości praktycznej badania. Z tego powodu należy poświęcić opinii równą troskliwość przy wygotowaniu, jak ścisłości w przeprowadzeniu metod badania. Aby zaś potrzebie badania odpowiednio uczynić zadosyć, trzeba wiedzieć, dlaczego się bada, trzeba przed przystąpieniem do badania właściwe postawić pytania. Od postawionego pytania, określającego dokładnie przyczynę badania, zależy kierunek badania i wybór metody, i z tego powodu musi znawca dokładnie i ściśle wywiedzieć się o powodach, dla których badania zażądano.

Przystępując do badania produktu spożywczego, trzeba zdać sobie sprawę, o ile przedłożony produkt odpowiada własnościom normalnym, jeśli zaś ich nie posiada — wyjaśnić, o ile od nich się różni i jakie tego mogą być przyczyny. Na pytania te odpowie tylko ten, kto zna dobrze własności produktów spożywczych, zna sposoby ich fabrykacyi, wie, jakie przy wyrobie normalnym zachodzić mogą nieprawidłowości, jakie materyały zastępcze i pomocnicze bywają używane, jakim wpływom i zmianom podlega produkt podczas przechowywania i czem się one objawiają, na czem zasadzają się praktykowane w przemyśle i handlu nierzetelności i zwyczaje handlowe. Te wiadomości łącznie ze znajomością składu chemicznego poszczególnych produktów pozwalają dopiero na dobrą oryentacyę co do kierunku badania i stanowią istotę prawdziwego znawstwa w dziedzinie omawianej. — Jeżeli uprzytomnimy sobie obfitość produktów spożywczych, jakich dostarcza rolnictwo i przemysł, jeśli sobie zdamy sprawę z różnorodności przemysłu, dostarczającego artykuły spożywcze i przedmioty użytku, z różnorodności zwyczajów handlowych w poszczególnych dziedzinach odnośnego handlu, z tego, że produkcya wielu artykułów nie odbywa się w kraju i nie zawsze da się kontrolować, dopiero wtedy zrozumiemy, jak rozległej i wielorakiej wiedzy wymaga znawstwo w zakresie żywności i najważniejszych przedmiotów użytku. A wiedza w tym względzie nie jest zamknięta, bo przemysł pracuje stale nad tem, by bądź nowe stwarzać artykuły, bądź ulepszać lub stwarzać tańsze sposoby wytwarzania znanych produktów, by wyzyskiwać nieużywane lub mało znane dotychczas surowce; bo nieuczciwy przemysł i handel umieją postęp nauk ścisłych i technicznych równie dobrze zaprządz do swoich celów, jak przemysł uczciwy. Dla znawcy w omawianym zakresie urasta przez to obowiązek ciągłego kształcenia się w tym szczególnym kierunku i śledzenia za rozwojem przemysłu. Czy jest to możliwe bez znajomości języków obcych?

Nadużycia w przemyśle i handlu produktami spożywczymi zniewoliły rządy państw kulturnych do stworzenia ustawodawstwa, regulującego wyrób i handel produktów spożywczych i niektórych przedmiotów użytku w celu ochrony zdrowia i finansowej konsumentów, do stworzenia specyalnych ustaw i rozporządzeń co do poszczególnych artykułów żywności. Ustawodawstwo to wprowadziło szereg pojęć dawniej nieznanych lub niejasno określonych, które w zastosowaniu do poszczególnych produktów spożywczych kwalifikują ich wyrób, przechowywanie i sprzedaż jako czyny karygodne. Obok zdawałoby się jasnych i dla każdego łatwo zrozumiałych pojęć fałszerstwa, zepsucia i szkodliwości dla zdrowia, wprowadziły omawiane ustawy pojęcia dalsze, jak podrobienie, sprzedaż pod fałszywem oznaczeniem, ukrócenie w wartości spożywczej. Pojęcia te znalazły należyte wyjaśnienie i uzupełnienie w rozlicznych zasadniczych wyrokach sądów najwyższych odnośnych państw kulturnych. Zastosowanie tego ustawodawstwa nie da się pomyśleć bez wybitnego współudziału znawstwa, które sędziemu daje dopiero podstawę do wydawania wyroków. Dlatego też od znawcy wymagać się musi dokładnej znajomości tego specyalnego ustawodawstwa i umiejętności stosowania i interpretacyi jego pojęć.

Jak ważną rolę odgrywa znajomość tych dziedzin znawstwa żywności, leżących poza znajomością metod analitycznych, przekonać może dopiero praktyka, wśród której znawca narażony jest bardzo często na to, że opinie jego pragnie się wyzyskiwać do celów, sprzecznych z interesem publicznym. W tych przypadkach prawdziwe znawstwo łącznie z niezależnością i siłą charakteru pozwoli znawcy tak ujmować swe opinie, by zapobiedz nadużyciu ich do celów niewłaściwych.

Żądanie specyalnych wiadomości poza znajomością metod analitycznych i pewnego w tej mierze praktycznego przygotowania od znawców, czynnych publicznie wobec władz, znajduje swój wyraz w wymaganiu specyalnych studyów, zakończonych egzaminem dyplomowym wobec komisyi rządowej we wszystkich państwach, które wprowadziły u siebie umiejętny nadzór nad żywnością. W tym celu zorganizowano przy uniwersytetach specyalne studyum dla znawców żywności, dostępne dla starszych kandydatów chemii, obeznanych w ogólnych metodach analitycznych na podstawie najmniej dwuletnich zajęć w pracowni.

Na podstawie tego, co w powyższem starałem się wyłuszczyć, łatwo wysnuje każdy wniosek, jak zapatrywać się muszę na podręcznik, w którym autor ocenie produktów spożywczych i przedmiotów użytku bardzo niewiele poświęcił miejsca i poza metodami analitycznemi inne bardzo ważne dziedziny wiedzy, składające się na znawstwo w tej dziedzinie, zupełnie pominął, choćby podręcznik ten, jak podkreślić pragnę, posiadał wiele zresztą zalet. Niechaj autor podręcznika nie weźmie mi tego za złe, jeśli otwarcie przestrzegę przed występowaniem w roli znawcy żywności, zwłaszcza w sądach i u władz administracyjnych, wyłącznie na podstawie tego tylko podręcznika; lecz jak najgoręcej zalecę, by kandydaci na znawcę żywności przygotowywali się odpowiedniem obszernem studyum przy użytkowaniu obcych podręczników oraz przez dostatecznie długą praktykę w praktycznie czynnym na tem polu zakładzie publicznym. Mam wiele podstaw do twierdzenia, iż pobieżne i złe orzecznictwo w tak niejednokrotnie trudnej i drażliwej dziedzinie, jak nadzór nad żywnością, nieraz więcej szkody przynieść może, niż pożytku.

Na usprawiedliwienie braków podręcznika w dziedzinie oceny znajduję jedno usprawiedliwienie, brak odpowiedniego ustawodawstwa w dziedzinie przemysłu i handlu artykułami żywności w Królestwie, skąd podręcznik ten wyszedł. Brak publicznej kontroli nad żywnością w Królestwie i brak podstaw ustawowoprawnych nie pozwala zebrać dostatecznej ilości spostrzeżeń nierzetelności i zaniedbań na tem polu, zwłaszcza zaś znawcy, czynnemu w charakterze przygodnym i prywatnym, nie urzędowym — nie mógł też przyczynić się do uwzględnienia w podręczniku tych licznych pojęć, kwalifikujących karygodność wobec sądu, jakie utarły się już w państwach o wyrobionym nadzorze i ustawodawstwie. Wraz z samodzielnością państwową i stworzeniem ustawodawstwa dla nadzoru nad żywnością na wzór zachodni stworzy zapewne nowe państwo polskie odpowiednie warunki do umiejętnego nadzoru nad żywnością i do wytworzenia się specyalnego zawodu znawców żywności. Że na wytworzenie się tego nowego zawodu wpłynie sposób ustawowego ujęcia tej materyi oraz sposób organizacyi nadzoru nad żywnością, nie potrzebuję zaznaczać; — temat to odrębny i pozostający w luźnym związku z oceną książki omawianej.

Gorąco życzyć należy Królestwu, by przy organizacyi tego, dla zdrowia publicznego nader ważnego działu opieki społecznej, jak niemniej dla stworzenia nowego zawodu, oparło się na doświadczeniu obcem — uniknie wtedy wielu przykrych doświadczeń i rozczarowań.

L. Bier.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie d. 14. VI. 1916.

Przewodniczy kol. Piltz. Obecnych członków 30.

1) Przewodniczący kol. Piltz wita zaproszonych gości: przedstawicieli rządowego Zakładu odbudowy kraju, członków krakowskiego Towarzystwa technicznego, oraz obywatelskiego Komitetu odbudowy wsi i miast.

2) Kol. Janiszewski wygłosił wykład: **O wymogach zdrowotnych przy odbudowie kraju.** Prelegent udowadnia, że wymogi zdrowotne stać powinny na pierwszem miejscu przy odbudowie kraju. Ostatecznym celem odbudowy kraju jest wyrównanie szczerb, zadanych nam przez wrogów, uzupełnienie znacznego ubytku ludności, poprawa jakościowego jej składu, wzmocnienie fizyczne i zahartowanie oraz zabezpieczenie na przyszłość przed niepotrzebnemi stratami. Za postawieniem wymogów zdrowotnych na pierwszem miejscu przemawia także znaczne upośledzenie Galicyi na tem polu, co prelegent udowadnia cyframi, przyczem okazuje się, że najgorzej pod względem zdrowotnym przedstawiają się w Galicyi miejscowości o 500—2000 mieszkańców, które są najobfitszem źródłem, z którego odradza się nasz naród. Można cyfrowo udowodnić, jakie ekonomiczne straty ponosi kraj wskutek tak złych stosunków higienicznych. Nawet ze strony nielekarskiej podnoszono w Niemczech potrzebę większego uwzględniania wymogów zdrowotnych przy odbudowie kraju. Na dowód, jak wielki wpływ na zmniejszenie się śmiertelności wogóle i śmiertelności osesków wywierają dobre mieszkania i należycie urządzone osady ludzkie, przytacza prelegent dane statystyczne, tyczące się miast-ogrodów w Anglii.

Wymogi zdrowotne przy odbudowie kraju ująć można w trzy główne działy: I. Wymogi zdrowotne, zawarte w stosunkach budowlanych. II. Dostarczanie ludności dobrej wody do picia i użytku domowego w dostatecznej ilości, odprowadzanie wód zużytych i nieczystości oraz osuszanie wilgotnych miejscowości; tu należy również regulacya rzek i zabezpieczenie miejscowości przed powodzią. III. W końcu urządzenia i instytucye, mające na celu wzmacnianie, zahartowanie ludności, uczynienie jej dzielniejszą i odporniejszą.

Główne braki naszych ustaw budowianych są następujące: 1) za mało uwzględniają plany regulacyjne i rozbudowę miast i mniejszych miejscowości, 2) nie uwzględniają dostatecznie udziału lekarza w komisyach budowlanych, 3) koszta administracyjne, wypływające z ustaw, niesłusznie obciążają ludność, 4) przy budowie domów nie uwzględniają ustawy dostatecznie izb mieszkalnych i powierzchni, która przypaść musi na jednego mieszkańca, nie dają dokładnych wskazówek co do urządzenia ustępów, łazienki, gnojowisk, śmietnisk, podwórzy i stajen, 5) tok instancyi, szczególniej jeżeli chodzi o przekroczenie ustawy budowlanej i kary, jest zbyt długi, 6) brak ustawowo uregulowanego nadzoru nad mieszkaniami. Prelegent nietylko wytyka braki tych ustaw, ale podaje też wszystko to, na co ustawy zwracać powinny uwagę, żeby odpowiedzieć wymogom zdrowotnym, a uwagi swoje opiera na długoletniem własnem doświadczeniu na tem polu.

Przechodząc do drugiej części wymogów zdrowotnych, domaga się utworzenia »krajowej centrali wodnej«, obejmującej wszystkie sprawy, tyczące się dostarczania wody, sprawy kanalizacyi, osuszenia miejscowości, regulacyi rzek i zabezpieczenia kraju przed powodziami.

W ostatniej części omawia urządzenia i instytucye w związku z odżywianiem się ludzi, urządzenia szpitalików gminnych, domów ludowych; obszerniej omawia sprawę kąpieli ludowych, zalecając jako typ takich kąpieli natryski, i sprawę wolnych przestrzeni w miastach, prostując fałszywe pod tym względem pojęcia. Mówi o półkoloniach, letniskach, ogrodach tanich, opiekach przeciwgruźliczych, ochronkach i odpowiedniem ugrupowaniu tych instytucyi. W końcu zwraca uwagę na dobrą komunikacyę, na popieranie harcerstwa (skauting) i odpowiednie urządzenie biur sanitarnych po większych miastach i w miasteczkach powiatowych. Trzeba przekonać zarządy gminne i rząd o konieczności, by wydatki na działalność zapobiegawczą stopniowo zastępowały wydatki, pochodzące z braku przewidywania. Kończy hasłem: Każdemu mieszkańcowi Polski: prawo do słońca, ruchu, światła i czystego powietrza; przynajmniej 100 litrów dobrej wody dziennie, jedna kąpiel tygodniowo i 5 m^2 przestrzeni w mieszkaniu.

W dyskusyi nad odczytem a) kol. Ciechanowski podniósł szerokie podstawy, na których prelegent oparł swój wykład, wypełniony mnóstwem bardzo cennych szczegółów, oraz zaproponował uchwałę następujących postulatów:

1) Konieczny jest udział lekarzy tak w Centrali krajowej dla gospodarczej odbudowy Galicyi, zwłaszcza w jej dziale budowlanym, jak i w Radzie przybocznej, a to z głosem stanowczym.

2) Już od początku odbudowy kraju powinnyby być wprowadzone reformy ustaw budowlanych; gdyby to było niemożliwe, należałoby przynajmniej drogą tymczasowych rozporządzeń wady tych ustaw poprawić, t. j. zmodernizować je odpowiednio do dzisiejszych wymogów zdrowotnych.

3) Konieczne jest od początku odbudowy położenie jak największego nacisku na dostarczanie ludności dobrej wody i urządzeń asanacyjnych, a działający w tym zakresie oddział Centrali powinien po ukończeniu właściwej odbudowy stać się samoistną krajową Centralą dla spraw wodnych i kanalizacyjnych, rozporządzającą znacznymi funduszami.

4) W całej odbudowie należy dążyć do stworzenia w każdej gminie publicznych budynków, placów i t. d. dla instytucyi, mających znaczenie zapobiegawcze.

Postulaty powyższe powinno przedłożyć Towarzystwo Namiestnictwu pisemnie, a przedstawić przez swych delegatów JE. Namiestnikowi.

b) Radca dworu inż. Ingarden twierdzi, że lepsze jest często wrogiem dobrego. Obraz nędzy, jaki kraj przedstawia (112 zburzonych całkowicie miasteczek, 680 wsi) oraz środki, jakimi dla celów odbudowy rozporządzamy, nie pozwalają nam być pewnymi, o ile to, co się obecnie stwarza, lepszem będzie od tego, co było. Tembardziej, że chłopi nie zawsze życzą sobie tej zmiany na lepsze. Dążeniu do poprawy warunków zdrowotnych przy odbudowie kraju można przyjść na rękę wywieraniem pewnego przymusu przy dawaniu subwencyi. Towarzystwo lekarskie powinno się zwrócić do rządu, aby lekarz był doradcą w Centrali, a następnie swe postulaty higieniczne publikować.

c) Inż. Adelman zwraca uwagę na konieczność wychowania techników w sprawach higienicznych. Nie mamy mianowicie dotychczas specyalistów pod tym względem, t. zw. zagranicą »inżynierów zdrowia«. Wprawdzie mówca widzi wielkie trudności przy odbudowie kraju, sądzi jednak, że należy budować osady lepsze, niż to, co uległo zniszczeniu.

d) Ks. kan. Caputa sądzi, że przy odbudowie trzeba mieć na oku postęp. Środki pomocnicze przy odbudowie kraju upatruje w reformie ustawy komasacyjnej oraz w daniu możności zarobkowania.

e) Kol. Bier zaznacza również konieczność komasacyi dla odbudowy kraju. Sądzi, że bardzo ważną jest sprawa centrali wodnej i kanalizacyjnej. Słuszne jest żądanie p. inż. Adelmana pogłębienia wiedzy technicznej. Wreszcie zwraca mowca uwagę na wielkie znaczenie higienicznego wykształcenia nauczycielstwa.

f) Inż. Zaczek uważa za myśl niemal rewolucyjną — żądanie pod parcelę 25×50 m, czyli $^1/_4$ morga gruntu, co dla większości jest niedostępne. Zaznacza dalej, że żądanie 100 litrów wody na głowę dziennie jest nazbyt duże, oraz że ilość tę należy wedle miejscowych warunków ustalić.

g) Kol. Rosner podnosi wielką wagę praktyki, bez której żadna nauka niema znaczenia. Pod względem higieny przedewszystkiem przykładem świecić powinny instytucye rządowe, do tego trzeba jednak stałych funduszów na cele konserwacyi.

h) Kol. Momidłowski zaznacza, że chociaż p. radca dw. Ingarden rozwiewa nadzieje co do wielkiej władzy Centrali odbudowy kraju, to już przez sam nacisk na przestrzeganie ustaw zdziałać można bardzo wiele. Sądzi przytem, że trzebaby pomyśleć o domach czynszowych na wsiach, gdyż nie wszystkich stać na dom własny.

i) Kol. Ciechanowski podkreśla, że obowiązkiem przedstawicieli nauki jest wskazywać w całej rozciągłości cele, do których należy zdążać.

k) Kol. Janiszewski w odpowiedzi na zarzuty inż. Zaczka, że wielkość parceli budowlanej m. 25×50 jest nazbyt duża, zaznacza, iż wynika ona poprostu z obliczenia. Żeby zadość uczynić wymogom istniejącej ustawy co do oddalenia budynku od granicy sąsiada i wzajemnego oddalenia budynków od siebie, parcela budowlana musi mieć takie wymiary. Zarzut rewolucyjności odnieść można w takim razie chyba do istniejącej starej ustawy. Drugi zarzut, że żądanie 100 litrów wody na głowę jest

nazbyt wygórowane, bo u nas mniej wody używają, nie wytrzymuje krytyki. Prelegent stawia żądanie na przyszłość, dziś ludność bowiem używa za mało wody. Na wywody radcy dworu Ingardena należy jak najenergiczniej zareagować. Cała ludność domaga się najusilniej, aby odbudowa kraju stworzyła inne, lepsze warunki, niż przed wojną. Kraj, który tyle ofiar poniósł wskutek wojny, ma prawo domagać się tego. Ludność nie ścierpi tego, by ją traktowano gorzej od innych i potrafi się upomnieć o swoje prawa. Galicya po odbudowie nie może być podobna do Galicyi przed wojną, leży to zarówno w interesie kraju, jak i państwa. Nasz włościanin i mieszczanin domagają się sami lepszych stosunków, czego dowodem fakt, że na życzenie włościan powstaje już 200 domów, budowanych wedle wzorów, opracowanych przez obywatelski Komitet odbudowy kraju w Krakowie.

Po zamknięciu dyskusyi uchwalono wnioski kol. Ciechanowskiego. Sekretarz: Dr Borowiecki.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło 2. V. 1917 posiedzenie, zagajone następującem przemówieniem prezesa: »Rocznica Trzeciego Maja jest w Polsce dniem hołdu dla zmartwychwstałego wówczas ducha obywatelskiego. Z rocznicą tą wiążemy więc i dziś hołd dla obywatelskiej cnoty i zasługi. Ofiarujemy najwyższą godność naszego Towarzystwa tym Kolegom, którzy do dawnych swych znakomitych zasług na polu naukowem i piśmienniczem dodali nowe wawrzyny w niedawno zakończonej dobie najcięższych przesileń swą pracą społeczno-obywatelską. Składamy im przytem życzenie, by się im jaknajrychlej otwarło szersze jeszcze pole tej pracy w Ojczyźnie wolnej i całkowicie zjednoczonej«. Następnie wśród aklamacyi zostali wybrani członkami honorowymi Towarzystwa: prof. Dr Kazimierz Kostanecki z Krakowa, prof. Dr Adolf Beck ze Lwowa, Dr Paweł Gantkowski z Poznania, prof. Dr Leon Kryński i doktorzy Maryan Jakowski, Józef Jaworski, Wacław Męczkowski, Józef Pawiński, Adam Puławski i Józef Zawadzki z Warszawy.

Następnie przedstawił prof. Latkowski leczone wstrzykiwaniami mleka przypadki ostrego gośćca stawowego, kamicy żółciowej i zapalenia ślinianek, oraz przypadek nowotworu w kącie mostkowomóżdżkowym; prof. Piltz przypadek 6 lat trwającej głuchoty histerycznej u mężczyzny, wyleczony prawie odrazu psychoterapią; prof. Rosner niezwykle rzadki przypadek zwisającej torbieli pochwy. Wreszcie Dr Michejda miał wykład: O zgorzeli gazowej jako zakażeniu przyrannem w dzisiejszej wojnie. W dyskusyach przemawiali Dr Glatzel, Michejda, prof. Kader, Latkowski, Nitsch i Piltz.

W najbliższą środę, 9. V., odbędzie się w Towarzystwie ankieta w sprawie zboczeń, wywołanych przez niedostateczne lub nieodpowiednie pożywienie, a w następną środę, 16. V., druga część wykładu prof. Godlewskiego i Dr Dadeja.

— Doc. Dr Janiszewski, naczelny lekarz miejskiego Urzędu zdrowia, zbiera statystykę obecnego stanu chorób wenerycznych w Krakowie zapomocą jednodniowego spisu chorych (bez podawania nazwiska). W tym celu rozesłał wszystkim lekarzom w Krakowie odpowiednie kartki statystyczne. Zwracamy uwagę, że statystyka ta ma objąć tylko tych chorych, którzy w dniu 15. maja b. r. znajdują się w leczeniu (choćby tego właśnie dnia nie przedstawili się lekarzowi).

— Na kursie o gruźlicy, urządzonym przez Wydział lekarski z końcem półrocza zimowego dla słuchaczy, kończących studya, prowadzili wykłady i zajęcia praktyczne prof. Nitsch, Ciechanowski, Jaworski, Latkowski, Rutkowski i doc. Janiszewski. (We wzmiance w poprzednim numerze zaszła pomyłka w korekcie).

Lwów. Walne Zgromadzenie Galicyjskiej Kasy dla cho-

rych lekarzy odbędzie się we Lwowie (ul. Lindego 5) w d. 26. V. o godz. 6 wieczorem.

Warszawa. Z inicyatywy Wydziału lekarzy sanitarnych w Towarzystwie higienicznem warszawskiem odbędzie się w Warszawie 29. i 30. VI. b. r. Zjazd higieniczny lekarzy prowincyonalnych. Program Zjazdu obejmuje: prawodawstwo sanitarne, stan zdrowotny kraju w latach 1914—1916, sprawę odbudowy kraju.

— Towarzystwo higieniczne warszawskie zakłada Instytut higieniczny polski, którego podstawą będzie pracownia, złożona z 6 działów: chemicznego, bakteryologicznego, ekspertyz sanitarnych, sądowosanitarnego, anatomopatologicznego i hydrologicznego.

— »Przegląd pedyatryczny« wydał osobny zeszyt, poświęcony Dr Ludwikowi Andersowi na jubileusz 40-lecia pracy zawodowej. »Przegląd lekarski« przyłącza się całem sercem do wyrazów hołdu, składanych Czcigodnemu Jubilatowi w dniu tej pięknej rocznicy.

Z różnych stron. Doszedł do nas ostatni (grudniowy) zeszyt I rocznika, oraz podwójny zeszyt (Styczeń i Luty) II rocznika »Polskiego Miesięcznika lekarskiego«, wychodzącego w Kijowie. Pod względem naukowym przedstawia się »Miesięcznik« coraz obficiej i poważniej, jak dowodzą zamieszczone w tych 3 zeszytach rozprawy oryginalne; tytuły ich podamy w zwykłej rubryce bibliograficznej. Dział sprawozdawczy, obejmujący streszczenia prac głównie francuskich i angielskich, ale także już i polskich (z »Przeglądu« i »Gazety lek.«), jest, jak zwykle, bogaty i aktualny. Dalej, oprócz drobnych wiadomości lekarskich, znajdujemy sprawozdania z posiedzeń Polskiego Towarzystwa lekarskiego w Kijowie, ostatnie z 15. II. b. r., bibliografię, obejmującą już także prace polskie, wydane w Królestwie i Galicyi, w końcu urozmaiconą kronikę.

W kronice tej znajdują się obszerne wiadomości o tem, co się u nas działo od początku wojny, poczerpnięte z naszych czasopism lekarskich. Zaczynają się one następującem powitaniem: »Kto po tej stronie po paru latach przerwy bierze znowu Przegląd lekarski do ręki, ten nie może się oprzeć silnemu wrażeniu. Stary znajomy, nieodłączny towarzysz, »organ Polskiego Towarzystwa lekarskiego w Kijowie«, »organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Piotrogrodzie«, został tam strzedz skarbów wawelskiego grodu. Jednym tchem czytamy każdy numer od deski do deski, wczytujemy się w kronikę, w ogłoszenia, wpatrujemy się w papier martwy, chcielibyśmy go na wylot przeniknąć, chcielibyśmy tchnąć weń żywą duszę, ażeby nam zagrał na kresach hejnał z wieży Maryackiej«. Tętni w tych kilku słowach żywiołowa tęsknota; oby koniec wojny jaknajrychlej kres jej położył.

Doszły już do Kijowa wiadomości o I. Zjeździe polskiej medycyny wojskowej, o krzątaniu się Warszawy około przygotowania ustaw sanitarnych Państwa Polskiego, o składzie Rady Stanu (wspomniano, że jedynym w niej lekarzem jest Dr Paweł Jankowski z Lublina), o powrocie jeńców-lekarzy z niewoli niemieckiej do Królestwa i t. p.

Naodwrót z »Miesięcznika« dowiadujemy się dalszych szczegółów o pracy i o losach naszych lekarzy »z tamtej strony«. A więc znajdujemy sprawozdanie z kursów sanitarnych Polskiego Komitetu pomocy sanitarnej, zamkniętych w grudniu 1916 po 2-miesięcznej działalności; znamienne ogłoszenie konkursu na pracę naukową z fundacyi Adama Chojnackiego, rozpisanego przez rosyjski uniwersytet, ewakuowany z Warszawy do Rostowa i gospodarzący tą polską fundacyą; wiadomość o zorganizowaniu Sekcyi lekarskiej przy Polskiem Kole naukowem w Moskwie, złożonej z 56 lekarzy, a mającej następujący zarząd: prezes prof. Świerzewski, wiceprezes Dr Jakimiak, sekretarz Dr Hryniewski, zastępca Dr Stefański, skarbnik Dr Grocholski, bibliotekarz Dr Żurakowski, delegat do Głównego Zarządu Dr Palmirski; wreszcie czytamy nazwiska lekarzy, wykładających na Wyższych Kursach naukowych polskich w Piotrogrodzie: prof. Dr Talko-Hryncewicz, a w Kijowie: doc. Dr Piasecki i doc. Dr Szumowski.

Odznaczeni: prof. Gliński i prof. Krzyształowicz w Krakowie krzyżem kawalerskim orderu Franciszka Józefa z dekoracyą wojenną.

Zmarli: Czesław Chęciński, wieloletni prosektor odeskiego szpitala miejskiego, od r. 1903—1909 docent anatomii patologicznej w uniwersytecie odeskim, autor wielu prac naukowych, z których najważniejsze dotyczą dżumy i cholery; w czasie wojny stanął na czele Komitetu polskiego w Odessie; Władysław Wiskontt, lekarz ziemstwa w Kostromie; Stefan Łuniewski w Stanisławowie; Ksawery Mikucki w Ternówce na Podolu; Franciszek Krąkowski z Warszawy, w armii rosyjskiej; Dr Wincenty Juliusz Morozewicz, b. naczelny lekarz szpitala w Radomsku w 56 r. ż. w Warszawie. (Polski Mies. lek.).

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

W Towarzystwie lekarskiem krakowskiem odbędzie się we środę **d. 9. maja** 1917 o godzinie 6 wieczór **ankieta w sprawie zboczeń, wywołanych przez niedostateczne lub nieodpowiednie pożywienie**, a w następną środę **d. 16. maja** 1917 druga część wykładu prof. Dr Godlewskiego i Dr Dadeja: Spostrzeżenia nad durem osutkowym.

Walne Zgromadzenie Galicyjskiej Kasy dla chorych lekarzy we Lwowie odbędzie się **dnia 26. maja 1917** o godzinie 6. wieczorem **we Lwowie** w lokalu Polikliniki powszechnej (ul. Lindego 5). Porządek dzienny: 1) Sprawozdanie za rok ubiegły, sekretarz Dr Lilien. 2) Sprawozdanie kasowe, skarbnik Dr Świątkiewicz. 3) Sprawozdanie komisyi kontrolującej. 4) Ewentualne wnioski członków. W razie braku kompletu następne zgromadzenie odbędzie się w ten sam dzień o godzinie $6^1/_2$ wieczorem bez względu na ilość obecnych.

Przewodniczący: Dr Papée. Sekretarz: Dr Lilien.

Nadesłane.

KONKURS.

L. 1522.

Na mocy uchwały Rady przybocznej z d. 2. kwietnia 1917 r. Zarząd gminy m. Skole rozpisuje niniejszem konkurs na posadę lekarza miejskiego.

Płaca roczna wynosi 1200 koron. 288

Skole, 8. kwietnia 1917.

Komisarz rządowy:

Fedoryka.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.